

Universidade Aberta do SUS - UNASUS
Universidade Federal de Pelotas
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 4



**Qualificação da Atenção à Saúde Bucal de Escolares entre 6 e 12 anos da área
de abrangência da USF Dr. Hildebrando Xavier da Silva de Livramento de
Nossa Senhora/BA**

Fernando Zaidan Neto

Orientadora: Fernanda Vargas Ferreira

Pelotas, 2014

Fernando Zaidan Neto

**Qualificação da Atenção à Saúde Bucal de Escolares entre 6 e 12 anos da área
de abrangência da USF Dr. Hildebrando Xavier da Silva de Livramento de
Nossa Senhora/BA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família
Modalidade EaD da Universidade Aberta do SUS –
Universidade Federal de Pelotas, como requisito à
obtenção do título de Especialista em Saúde da
Família.

Orientadora: Fernanda Vargas Ferreira

Pelotas, 2014

**Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação**

Z21q Zaidan Neto, Fernando

Qualificação da atenção à saúde bucal de escolares entre 6 e 12 anos da área de abrangência da USF Dr. Hildebrando Xavier da Silva de Livramento de Nossa Senhora/BA / Fernando Zaidan Neto; Fernanda Vargas Ferreira, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2014.

60 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2014.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Saúde Bucal 4.Escolar 5.Prevenção I. Ferreira, Fernanda Vargas, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedicatória

Dedico este trabalho ao meu pai, Fernando Zaidan Filho, que sempre me incentivou a nunca desistir de meus objetivos e sempre lutar frente às adversidades.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela vida e pelo amor, sem isto não teria forças para realizar meu trabalho.

Agradeço minha esposa Cleide dos Anjos, por toda força que me deste!

Agradeço a minha orientadora Fernanda Vargas Ferreira pela imensa ajuda, paciência, inteligência, elogios e incentivo. Muito obrigado.

Agradeço a secretaria municipal de saúde de Livramento de Nossa Senhora, por ter aberto espaço para eu ampliar meus conhecimentos.

Agradeço aos meus colegas de trabalho da Unidade de Saúde Dr. Hildebrando Xavier da Silva.

Agradeço a Universidade Federal de Pelotas por abrir espaço para eu poder cursar esta especialização.

Lista de Figuras

Figura 1: Proporção de escolares examinados na escola.	38
Figura 2: Proporção de escolares moradores da área de abrangência da UBS com primeira consulta realizada.	39
Figura 3: Proporção de escolares de alto risco com consulta odontológica.	40
Figura 4: Proporção de escolares com escovação dental supervisionada com creme dental.	41
Figura 5: Proporção de escolares de alto risco com aplicação de gel fluoretado com escova dental.	42
Figura 6: Proporção de escolares com tratamento dentário concluído.	43
Figura 7: Proporção de escolares com registro atualizado.	43
Figura 8: Proporção de escolares com orientação sobre higiene bucal.	44
Figura 9: Proporção de escolares com orientação sobre cárie.	44
Figura 10: Proporção de escolares com orientações nutricionais.	45

Lista de Quadros

Quadro 1: Índice Odontológico para dentes Cariados, Perdidos e Restaurados (Obturados) (PCO-D)	30
---	----

Lista de abreviaturas/siglas

ACS	Agente Comunitária de Saúde
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
BA	Bahia
CAIC	Centro de Atenção Integral à Criança e Adolescente
CEO-D	Índice Odontológico que contabiliza dentes decíduos Cariados, Extração indicada e restaurados
CPO-D	Índice Odontológico que contabiliza os dentes permanentes Cariados, Perdidos e Restaurados (Obturados)
ESF	Estratégia de Saúde em Família
HIPERDIA	Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NIS III	Núcleo Integrado de Saúde de Campo Largo
OMS	Organização Mundial de Saúde
PR	Paraná
SB Brasil	Pesquisa Nacional de Saúde Bucal
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SISPRENATAL	Sistema de Pré-natal
SUS	Sistema Único de Saúde
TSB	Técnica de Saúde Bucal
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde

Sumário

APRESENTAÇÃO.....	09
1. ANÁLISE SITUACIONAL.....	10
1.1. Texto Inicial sobre a Situação da ESF.....	11
1.2. Relatório da Análise Situacional.....	12
1.3. Comentário comparativo sobre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	17
2. ANÁLISE ESTRATÉGICA.....	18
2.1. Justificativa.....	18
2.2. Objetivos e Metas.....	19
2.2.1 Objetivo geral.....	19
2.2.2 Objetivos específicos.....	19
2.2.3 Metas.....	19
2.3. Metodologia.....	20
2.3.1 Ações.....	21
2.3.2 Indicadores.....	26
2.3.3 Logística.....	29
2.3.4 Cronograma.....	32
3. RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO.....	34
3.1 As ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente.....	34
3.2 As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, descrevendo o motivo pelos quais estas ações não puderam ser realizadas.....	35
3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores.....	35
3.4 Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço descrevendo aspectos que serão adequados ou melhorados para que isto ocorra.....	35
4. AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO.....	37
4.1. Resultados.....	37
4.2. Discussão.....	45
4.3. Relatório da intervenção para os Gestores.....	48
4.4. Relatório da intervenção para a Comunidade.....	50

5. REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE O PROCESSO DE APRENDIZAGEM.....	51
6. BIBLIOGRAFIA.....	53
ANEXOS.....	54
Anexo A – Ficha espelho.....	55
Anexo B – Planilha de coleta de dados.....	56
Anexo C – Ficha para levantamento epidemiológico.....	57
Anexo D – Documento do Comitê de Ética.....	58

RESUMO

NETO, Fernando Zaidan. Qualificação da Atenção à Saúde Bucal de Escolares entre 6 e 12 anos da área de abrangência da Unidade de saúde da família (USF) Dr. Hildebrando Xavier da Silva de Livramento de Nossa Senhora/BA. 2014. 54f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização). Especialização em Saúde da Família. Universidade Aberta do SUS / Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

A cárie e a doença periodontal constituem importantes problemas de Saúde Pública no Brasil, todavia, mediante programas educativo-preventivos dirigidos a escolares têm-se gerado resultados satisfatórios quanto à melhoria das condições de higiene bucal e de redução do índice de cárie; dessa forma, é essencial um programa qualificado, acolhedor, humanizado e que busque aplicar as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) na Saúde Bucal (SB). Tais considerações, associadas à análise situacional, fundamentaram o objetivo primário que foi de melhorar a atenção à Saúde Bucal de escolares entre 6 e 12 anos da área de abrangência da Unidade Saúde da Família Dr. Hildebrando Xavier da Silva, Livramento de Nossa Senhora/BA bem como ampliar a cobertura, a adesão ao atendimento, melhorar a qualidade da atenção, melhorar o registro das informações e promover a Saúde Bucal dos escolares. Assim, foram estabelecidos objetivos e indicadores para fins de avaliação da intervenção no período de quatro meses, entre setembro e dezembro de 2013, utilizando-se como instrumentos a ficha-espelho e a planilha de coleta de dados disponibilizadas pelo curso. O universo populacional das três escolas municipais participantes da intervenção, localizadas na zona urbana, cujo público-alvo foi de crianças entre o 1º e o 7º ano do ensino fundamental foi de 750 estudantes. No decorrer da intervenção foram atendidos 275 escolares (36,7%) e realizadas atividades como capacitações, organização de uma agenda específica na unidade de saúde e levantamento epidemiológico. Todavia, deve haver um incremento nas atividades direcionadas ao tratamento odontológico, práticas odontológicas coletivas e busca ativa de escolares faltosos que se mostraram deficitárias ao longo da intervenção. Nesse sentido, acredita-se que, mesmo com dificuldades, a intervenção tenha gerado impacto sobre a SB dos escolares, no entanto, faz-se necessário maior ênfase na prevenção e promoção em saúde bem como no engajamento de familiares/cuidadores e trabalhadores de saúde frente à importância da SB como parte integral da Saúde Geral.

Palavras-chave: Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Saúde Bucal do Escolar.

Apresentação

O presente volume trata do Trabalho de Conclusão do Curso (TCC) de Pós-Graduação – Especialização em Saúde da Família – Modalidade Educação à Distância, promovido pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) e Universidade Aberta do SUS (UNASUS) intitulado “*Qualificação da Atenção à Saúde Bucal de Escolares entre 6 e 12 anos da área de abrangência da USF Dr. Hildebrando Xavier da Silva de Livramento de Nossa Senhora/BA*”.

Na primeira seção, será descrita a análise situacional, apresentando o município, a descrição da unidade e seu processo de atenção à saúde.

Na segunda seção, será descrita a análise estratégica, com os objetivos, metas, metodologia, ações propostas para a intervenção, indicadores, logística e cronograma.

O relatório de intervenção, que será apresentado na terceira seção, demonstra as ações previstas no projeto que foram desenvolvidas e as que não foram realizadas, as dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados e uma análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço.

A quarta seção apresentará uma avaliação da intervenção com análise e discussão de seus resultados, além dos relatórios da intervenção para os gestores e para a comunidade.

Na quinta seção será apresentada uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem ao longo do curso de especialização.

Por fim, na sexta seção, será apresentada a bibliografia utilizada neste trabalho e, ao final, os anexos que serviram como orientação para o desenvolvimento da intervenção.

1. ANÁLISE SITUACIONAL

1.1 Texto inicial sobre a situação da Estratégia de Saúde da Família (ESF)

Trabalho na Unidade Saúde da Família (USF) Dr. Hildebrando Xavier da Silva na cidade de Livramento de Nossa Senhora, Bahia (BA), distante 600 quilômetros da capital Salvador. A unidade localiza-se no bairro Taquari, onde está a Igreja do Bom Jesus do Taquari cuja construção em formato de cruz chama atenção dos visitantes e é um dos cartões-postais da cidade.

A USF foi inaugurada em meados dos anos 60 pelo médico que dá nome a mesma, sendo a última reforma concluída em julho de 2012, contemplando-se com uma recepção ampla com assentos confortáveis e televisor de plasma, farmácia básica, sala de curativo, sala do médico, sala de vacina, sala da enfermeira, sala de lavagem de material, sala de esterilização e cozinha. O consultório dentário está equipado com os seguintes materiais: cadeira odontológica, mocho, fotopolimerizador, amalgamador, compressor, mesa do dentista e cadeira para os paciente e acompanhantes.

No corpo de profissionais temos um cirurgião-dentista, uma enfermeira, um médico, quatro auxiliares de enfermagem, uma auxiliar de consultório dentário, duas recepcionistas, uma auxiliar de serviços gerais, um vigilante e doze agentes comunitários de saúde.

A rotina de atendimento na USF está organizada da seguinte forma: o médico atua quatro dias na semana, enquanto os demais profissionais trabalham de segunda a sexta-feira. Ocorre um agendamento prévio para consultas médica e odontológica, porém, também existe espaço para urgências. Além das atividades ambulatoriais são realizadas visitas domiciliares, palestras educativas em creches, escolas e associações e levantamento epidemiológico.

As visitas domiciliares são realizadas pelos médico, enfermeira e dentista, de acordo com as necessidades dos pacientes; em termos de periodicidade, o médico e a enfermeira realizam visitas mensais, enquanto o dentista faz semestralmente.

Devido à mudança de gestão no início do ano, o serviço de saúde na USF retornou no início de fevereiro/2013, com repercussões sobre a realização das atividades, uma vez que, algumas não estão ocorrendo de forma integral, ilustrada pela Odontologia com escassez (e até ausência) de materiais/insumos como resina ou amálgama, anestésico, fio de sutura, flúor e sugador descartável; como justificativa para essa situação, a gestão contextualiza que se deve a lentidão de licitações. Todavia, outras atividades como palestras educativas e escovação supervisionada têm sido realizadas a fim de promover saúde.

Outro fato inerente ao serviço prestado pelos profissionais é a questão salarial, uma vez que, nem sempre a remuneração está de acordo com a carga horária dos profissionais da USF bem como ocorrem constantes atrasos que não têm sido justificados pela gestão municipal, o que gera insatisfação no processo de trabalho. Dessa forma, como especializando, tenho perspectiva de que o curso me auxilie a melhorar o engajamento, pois, trata-se de um dos eixos pedagógicos.

O planejamento da Estratégia Saúde da Família (ESF), no meu entender, é realizado no município com vistas a seguir os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), entretanto, percebo que a comunidade não compartilha das decisões de forma organizada, embora, haja o Conselho Municipal de Saúde (CMS) que não apresenta representatividade. Como exemplo desse papel precário, destaco que o Centro de Especialidade Odontológicas (CEO) não funciona há meses, interferindo na Atenção à Saúde Bucal, pois, essa apresenta as especialidades de endodontia, prótese, odontopediatria, periodontia e cirurgia buco-maxilo-facial.

1.2 Relatório da Análise Situacional

A USF Dr. Hildebrando Xavier da Silva está localizada em Livramento de Nossa Senhora, sudoeste da Bahia, com uma população, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), de aproximadamente 45 mil habitantes. Está localizada a sudoeste da capital Salvador, distante cerca de

720 quilômetros por via rodoviária de pavimentação asfáltica. Situa-se entre 13° 17' a 15° 20' de latitude sul e entre 41° 05' a 43° 36' de longitude oeste. Limita-se ao norte com o município de Rio de Contas, ao sul com os municípios de Brumado e Caetité, a leste com o município de Dom Basílio, e a oeste com o município de Paramirim e a noroeste com o atual município de Érico Cardoso (antigo Água Quente).

O sistema de saúde do município conta com nove unidades básicas de saúde (UBS) todas com ESF, sendo quatro na zona urbana e cinco na zona rural; destacando-se que a “espinha dorsal” de cada unidade são os profissionais médicos, odontólogos e enfermeiros. O modelo de atenção na USF Hildebrando Xavier da Silva está baseado na ESF contemplando médico, odontólogo, enfermeiro, auxiliares de enfermagem, auxiliar de consultório dentário e agentes comunitários de saúde (ACS).

A cidade também foi contemplada com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) que tem em seu quadro um médico, nutricionista, fisioterapeuta, assistente social, psicólogo e educador físico.

Na atenção secundária temos a Policlínica com as especialidades de cardiologia, cirurgia geral, dermatologia, ginecologia, neurologia, nutrição, obstetrícia, oftalmologia, ortopedia e pediatria.

Na atenção terciária temos o Hospital Municipal que atende as urgências e emergências, exames como radiografias, ultrassonografias, pequenas cirurgias e partos.

A USF em que atuo consta de recepção ampla com atendente, duas salas de espera com cadeiras confortáveis, televisão de plasma e banheiros para os usuários. Temos ainda a sala do médico, da enfermeira e o consultório dentário, bem como farmácia, salas de vacina, curativo e nebulização, esterilização, expurgo e cozinha. Entretanto, como pontos negativos a cozinha não apresenta mesa; corredores que são amplos com rampas de acesso, porém, sem corrimão, o que interfere na acessibilidade de todos os usuários, especificamente, para aqueles que apresentam déficit de mobilidade; o lixo biológico não é condicionado em sacos específicos, no entanto, para o descarte, do lixo biológico não é

Dessa forma, acredito que as prioridades em relação à estrutura da unidade de saúde seriam: a) Criação da sala dos ACS para maior interação com os demais trabalhadores e com a comunidade; b) Adaptação do sanitário para os usuários com limitações físico-funcionais; c) Ampliação da cozinha por meio da colocação de mesa, estimulando-se, ainda, a socialização entre os membros da equipe; d) Colocação de corrimão nas rampas de acesso à unidade de saúde bem como disponibilização de cadeiras de rodas para locomoção; e) Realização de reformas nas calçadas a fim de facilitar o trânsito dos usuários, especialmente, para os cadeirantes e deficientes visuais; f) Descarte adequado dos lixos de diferentes origens como orgânico, rejeitos, resíduos especiais e resíduos hospitalares (ou unidade de saúde).

Em nível de organização, materiais e insumos, na unidade de saúde, tem-se necessidades como negatoscópio na sala do médico e dentista, falta de revisão e um sistema de calibragem das balanças e dos esfigmomanômetros, déficit de materiais de informação e de comunicação. A existência de somente um microcomputador dificulta o acesso às informações dos profissionais, pois, este está localizado na sala de vacina, somente acessível à profissional que trabalha com a vacinação. Os ACS têm como meio de locomoção principal a bicicleta fornecida pela gestão municipal bem como utilizam um uniforme antigo que parece ser insuficiente às altas temperaturas locais.

Quanto à disponibilidade de fármacos, na unidade de saúde, constam os principais medicamentos prescritos pelo médico e dentista, sendo que, os psicotrópicos são encontrados somente na farmácia central do município. Sobre as vacinas, com exceção da Pneumocócica 23 valente, as demais estão disponíveis na UBS. Em relação a exames, somente a glicemia capilar é realizada na unidade, os outros exames estão disponíveis na atenção terciária ou iniciativa privada. Similarmente, a maioria dos exames complementares são realizados no laboratório central, no hospital ou em clínicas particulares; e ainda, alguns usuários são encaminhados para outras cidades como Salvador ou Vitória da Conquista.

Nesse sentido, como prioridades, considero ausência de: negatoscópio, calibragem das balanças e dos esfigmomanômetro, computadores para inserção de dados dos usuários e acesso à internet, sala de reuniões, biblioteca com

livros e cadernos de atenção básica e de vestuário padronizado para todos os trabalhadores da unidade de saúde com identificação do profissional e sua função.

Quanto às atribuições profissionais, os profissionais da UBS realizam visita domiciliar juntos ou separadamente, atendendo as solicitações dos ACS mediante as necessidades dos usuários, sendo que, o dentista realiza visitas domiciliares semestralmente. A maioria dos procedimentos previstos na atenção básica são realizados e os outros encaminhados para centros de referência respeitando o fluxo de referência e contra-referência; o profissional de enfermagem e os ACS realizam a notificação compulsória de doenças e a busca ativa destes. Quanto à busca ativa, essa é realizada pela enfermeira e ACS.

Os profissionais da unidade de saúde médico, enfermeiro e dentista participam de qualificações profissionais bem como capacitações aos técnicos de enfermagem. Geralmente, em campanhas de vacinação. Também ocorrem reuniões mensais com intuito de apresentar o trabalho realizado na unidade de saúde e programar atividades futuras.

Em nível de atenção à demanda espontânea, geralmente é mais intensa quando ocorrem surtos de gripe ou dengue, todavia, a maior parte dos atendimentos ocorre através de marcação de consulta com espaço para urgências e emergências entre todos os profissionais da unidade de saúde (médico, dentista e enfermeiro). Especificamente, na área da Odontologia, são realizados 8 atendimentos pela manhã e à noite totalizando um total de 16, além disso, são reservados 2 atendimentos de demanda espontânea, mas, com a sensibilidade de atender se surgir outro em questão.

A população adstrita à USF corresponde a cerca de sete mil pessoas com maior número de mulheres; dessa forma, mediante as considerações do Ministério da Saúde (MS) de que uma USF deve trabalhar com uma população delimitada de até quatro mil pessoas, verifica-se que existe uma extrapolação desse limite, o que sugere que deveria haver uma outra ESF a fim de diminuir a demanda e principalmente prestar uma atenção com maior qualidade.

Em relação às ações programáticas, a maioria das atividades referentes à Saúde da Criança está sendo desenvolvida de acordo com o MS por meio de atividades como acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento, registro no cartão da criança, esquema de vacinação e estimulação do aleitamento materno exclusivo. A saúde bucal nas crianças não está sendo desenvolvida na UBS, o que instiga a criação de um sistema de atendimento que estruture e qualifique a área odontológica, uma vez que, o papel da ESF/saúde bucal é produzir ações de autocuidado com ações educativas que se perpetuem além da infância.

Outros fatores na saúde da criança apresentam falhas como a triagem auditiva e também a saúde bucal em bebês, podendo-se justificar pelo fato de que o recém-nascido, por exemplo, não apresenta dentes (ou edentulismo), a mãe tende a não visualizar a necessidade de atenção odontológica, bem como não se observa divulgação no Pré-Natal e Puerpério – que pode mudar, já que, está-se dialogando com os trabalhadores de saúde a fim de incluir a Odontologia abrangendo-se desde neonatos até crianças maiores. A triagem auditiva sofre impacto devido à escassez da oferta do exame no município.

O Pré-Natal e Puerpério segue o protocolo recomendado pelo MS sendo realizadas no mínimo seis consultas durante a gestação, disponibilização de exames complementares, vacinação antitetânica e contra hepatite, suplementação com sulfato ferroso e orientação de aleitamento materno exclusivo. Todavia, como limitações, citam-se atendimento na USF de ginecologia em que as gestantes são encaminhadas à policlínica e também à Saúde Bucal, embora, haja perspectiva de que a Odontologia fará parte do programa através de um diálogo com os demais colegas.

Quanto ao controle do câncer do colo do útero e de mama, o primeiro se apresenta limitado devido à escassez de material para coleta citológica na unidade de saúde e o segundo ocorre de acordo com o protocolo do MS em que são realizadas atividades como palestras educativas, distribuição de material informativo, exame clínico das mamas e solicitação de mamografia.

O Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA) ocorre com vistas a seguir o MS, no entanto, segundo dados registrados na USF apresenta baixa cobertura e adesão, pois, constam 609 hipertensos e 164 diabéticos. Dessa forma, verifica-se que o programa não

está ativo de forma integral, pois, as atividades de educação em saúde não envolvem os usuários, inclusive, não são frequentes, resultando assim, em busca de consultas para realização de exames como aferição da pressão arterial e mensuração dos níveis de glicemia.

Na unidade não existe atendimento específico para o idoso, sendo esse incluído nos outros programas como o HIPERDIA. Quanto à Odontologia, os idosos são encaminhados ao CEO para confecção de próteses dentárias, gerando, por consequência, a necessidade de que haja uma atenção direcionada a esse público, pois, durante o processo de envelhecimento pode haver maior vulnerabilidade a doenças como Hipertensão arterial sistêmica (HAS). Assim, o idoso deve ser acolhido na USF com vistas a uma atenção integral e multidisciplinar.

No que concerne à SB, a atual capacidade para prática clínica é de 16 atendimentos / dia, sendo que, nas quartas-feiras são reservadas para atividades extramuros como em escolas da área de abrangência. A atenção à primeira consulta odontológica programática em grupos populacionais prioritários como pré-escolares é muito pequena, possivelmente, devido ao déficit de informações dos pais/responsáveis que não se atentam sobre a dentição decídua, agendando consultas quando há queixa de dor. Em contraste, o atendimento na faixa etária entre 5 e 14 anos tende a ser realizado devido à maior procura dos pais/responsáveis. Em ambos os grupos, são realizadas atividades educativas nas escolas e fornecidas orientações de promoção em saúde.

Em linhas gerais, o maior desafio da USF é consolidar as ações programáticas contemplando as atividades como promoção de saúde, registro das informações, melhora da qualidade da atenção ao usuário, ampliação da cobertura e fortalecimento da adesão, sendo fundamental uma força coletiva entre os trabalhadores da unidade de saúde e os gestores. Também se deve destacar que a fim de “desafogar” a unidade de saúde, sugere-se a estruturação de uma nova USF, considerando a qualidade do serviço de saúde e a cobertura.

1.3 Comentário comparativo sobre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional

O relato escrito no texto enviado na segunda semana do curso mostram vários problemas encontrados na nossa unidade e no município, mas, é um texto superficial acerca do funcionamento da UBS, resultado da minha percepção ainda não “aguçada”.

Durante a Análise Situacional, mediante a construção semanal das tarefas, foi nos dado recurso e conhecimento para entender a necessidade de compreender de maneira profunda uma unidade de saúde, desde a estrutura até o seu serviço, explorando aspectos distintos, porém, convergentes entre si, uma vez que, o processo de trabalho envolve recursos humanos, organizacionais, logísticos, entre outros.

Também o contato com o orientador e demais colegas de curso geraram uma maior compreensão sobre a Saúde Coletiva e Atenção Primária em Saúde (APS) ajudando-me a entender o funcionamento “ideal” de uma unidade de saúde frente à realidade. No entanto, senti falta da disponibilização de artigos de outros autores como literatura base no curso, além do material disponibilizado pelo MS.

2 ANÁLISE ESTRATÉGICA

2.1 Justificativa

A SB no Brasil, nas últimas décadas, tem sido fortemente enraizada aos princípios do SUS como universalidade expressa pelo processo de fluoretação da água de abastecimento público e atendimento odontológica na rede pública (BRASIL, 2002; ANTUNES, NARVAI, 2010).

Tais premissas sinalizam, assim, a necessidade de que a Odontologia, como profissão das Ciências da Saúde, deve ser realizada através da Promoção e da Prevenção, utilizando-se a educação como agente transformador da sociedade, ao encontro da perspectiva de que a escola é um ambiente propício para o desenvolvimento de programas de saúde e implementação de medidas preventivas, como hábitos de higiene bucal e dieta saudável (OLIVEIRA *et al.*, 2012).

Ao se considerar que a cárie dentária e a doença periodontal são as doenças que mais acometem a cavidade bucal, especialmente em crianças (VASCONCELOS *et al.*, 2001; OLIVEIRA *et al.*, 2012; GUIDETTI, ALMEIDA, 2014), passíveis de prevenção e/ou controle, faz-se relevante que a SB seja integrada à saúde geral, pois, segundo Narvai (2001), a SB é definida como um conjunto de condições objetivas (biológicas) e subjetivas (psicológicas), que possibilita ao ser humano exercer funções como mastigação, deglutição e fonação e, por sua vez, propiciar o exercício da imagem corporal e da autoestima.

Baseado nessas considerações e no perfil populacional da área de abrangência da USF Dr. Hildebrando Xavier da Silva, com a estimativa de 6500 indivíduos, sendo 1300 indivíduos frequentadores de creches e escolas, 750 crianças na faixa etária entre 6 e 12 anos, associado à Análise Situacional, em que se observou necessidade de aumento na cobertura, adesão e qualidade do serviço de saúde, fundamenta-se que a intervenção seja direcionada à SB em escolares, com vistas ainda, a estimular o engajamento público e sensibilizar a gestão municipal frente aos desafios da SB.

2.2 Objetivos e Metas

2.2.1 Objetivo Geral

Melhorar a atenção à saúde bucal dos escolares entre 6 e 12 anos da área de abrangência da USF Dr. Hildebrando Xavier da Silva, Livramento de Nossa Senhora – BA.

2.2.2 Objetivos Específicos

1. Ampliar a cobertura da atenção à saúde bucal dos escolares.
2. Melhorar a adesão ao atendimento em saúde bucal.
3. Melhorar a qualidade da atenção em saúde bucal dos escolares.
4. Melhorar registro das informações
5. Promover a saúde bucal dos escolares.

2.2.3 Metas

Relativas ao **Objetivo 1**:

1. Ampliar a cobertura de ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica para estabelecimento de prioridade de atendimento em 50% dos escolares de seis a doze anos de idade das escolas da área de abrangência.
2. Ampliar a cobertura de primeira consulta, com plano de tratamento odontológico, para 50% dos escolares moradores da área de abrangência da unidade de saúde.
3. Realizar primeira consulta odontológica em 50% dos escolares da área classificados como alto risco para doenças bucais.

Relativa ao **Objetivo 2**:

4. Fazer busca ativa em 100% dos escolares da área, com primeira consulta programática, faltosos às consultas.

Relativas ao Objetivo 3:

5. Realizar a escovação supervisionada com creme dental em 100% dos escolares.
6. Realizar a aplicação de gel fluoretado com escova dental em 100% dos escolares classificados de alto risco.
7. Concluir tratamento dentário em 20% dos escolares com primeira consulta odontológica.

Relativa ao Objetivo 4:

8. Manter o registro atualizado em planilha e prontuário de 100% dos escolares da área.

Relativas ao Objetivo 5:

9. Fornecer orientações sobre higiene bucal para 100% dos escolares.
10. Fornecer orientação sobre cárie dentária para 100% das crianças.
11. Fornecer orientações nutricionais para 100% das crianças.

2.3 Metodologia

O projeto de intervenção referente à Saúde Bucal de escolares entre 6 e 12 anos ocorrerá em três escolas da área de abrangência da USF da área de abrangência Dr. Hildebrando Xavier da Silva em Livramento de Nossa Senhora/BA.

Os objetivos da intervenção se relacionam à cobertura, adesão, qualidade da atenção, registro de informações e promoção de saúde, sendo utilizadas como referências os Cadernos de Atenção Básica nº 17 – Saúde Bucal (BRASIL, 2008) e a Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2011).

2.3.1 Ações

A fim de se atingirem os objetivos da intervenção, propõem-se as seguintes ações nos quatro eixos pedagógicos do curso:

OBJETIVO 1: Ampliar a cobertura da atenção à saúde do escolar.

Meta 1: ampliar a cobertura de ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica para estabelecimento de prioridade de atendimento em 50% dos escolares de seis a doze anos de idade nas escolas da área de abrangência, sendo necessárias as ações de:

1. Monitoramento e avaliação: Monitorar o número de crianças cadastradas no programa através de planilha eletrônica, ficha espelho e ficha de levantamento epidemiológico.

2. Organização e gestão do serviço: Realizar levantamento epidemiológico; monitorando os usuários em relação à classificação de risco e primeira consulta. Organização de demanda, dando preferência aos que requerem cuidado imediato e reservar um turno ou um dia para atendimento dos escolares.

3. Engajamento público: Informar aos professores, funcionários, alunos, a comunidade em geral sobre a importância do tratamento odontológico.

4. Qualificação da prática clínica: Realizar reuniões com os funcionários da UBS para explicar o projeto e como este será inserido na rotina da unidade. Capacitar a equipe da UBS utilizando material disponível pelo SUS e também através de outras fontes como internet, livros, artigos científicos e outras literaturas sobre o assunto.

Meta 2: Ampliar a cobertura de primeira consulta, com plano de tratamento odontológico, para 50 % dos escolares moradores da área de abrangência da unidade de saúde, sendo necessárias as ações de:

1. Monitoramento e avaliação: Monitorar o número de crianças que realizaram a primeira consulta odontológica.

2. Organização e gestão do serviço: Acolher o escolar na UBS, cadastrando este aluno e oferecendo atendimento. Organizar a agenda do profissional a fim de encaminhar consultados dos escolares na unidade.

3. Engajamento público: Prestar esclarecimentos junto à comunidade sobre a importância de realizar acompanhamento odontológico, que será realizado pelo dentista.

4. Qualificação da prática clínica: Treinar a equipe de saúde bucal para realizar acolhimento adequado das crianças e também o cadastramento e agendamento dos escolares no programa de intervenção.

Meta 3: Realizar primeira consulta odontológica em 100% dos escolares da área classificados como alto risco, sendo necessárias as ações de:

1. Monitoramento e avaliação: Monitorar o número de crianças de alto risco que realizaram a primeira consulta odontológica.

2. Organização e gestão do serviço: Organizar a agenda para que os usuários considerados de alto risco tenham prioridade no atendimento.

3. Engajamento público: Prestar esclarecimentos junto à comunidade da importância de priorizar o tratamento aos mais necessitados, explicando a importância de uma intervenção imediata naquela criança.

4. Qualificação da prática clínica: Capacitar a equipe para acolher as crianças e seus familiares e também para realizar o cadastramento e agendamento dos usuários de alto risco.

OBJETIVO 2: Melhorar a adesão ao atendimento em saúde bucal.

Meta 4: Fazer busca ativa de 100% dos escolares da área, com primeira consulta programática, faltosos às consultas, sendo necessárias as ações de:

- 1. Monitoramento e avaliação:** Monitorar as consultas, as relações dos usuários faltosos e as buscas ativas dos escolares.
- 2. Organização e gestão do serviço:** Realizar visitas domiciliares para os usuários faltosos e organizar a agenda para encaixar estes alunos.
- 3. Engajamento público:** Ouvir membros da comunidade sobre como melhorar o acesso ao atendimento.
- 4. Qualificação da prática clínica:** Capacitar a equipe de saúde bucal para realizar esclarecimentos a comunidade sobre a importância da saúde bucal e também treinar os ACS para realizar a busca ativa dos faltosos.

OBJETIVO 3: Melhorar a qualidade da atenção em saúde bucal dos escolares.

Meta 5 e Meta 6: Realizar a escovação supervisionada em 100% dos escolares e aplicar gel fluoretado em 100% dos escolares de alto risco, sendo necessárias as ações de:

- 1. Monitoramento e avaliação:** Monitorar a média de ações coletivas realizadas com os escolares.
- 2. Organização e gestão do serviço:** Planejar a necessidade de material de saúde bucal necessário para a atividade, estimar o número de dias necessários para atingir a meta, agendar junto a direção das escolas os dias que serão realizadas as atividades e elaborar lista de frequência para os alunos.
- 3. Engajamento público:** Informar a comunidade sobre turnos de atividades nas escolas da área de abrangência da unidade de saúde. Sensibilizar professores e funcionários sobre a dinâmica das atividades e importância da instituição de rotinas de escovação dental nas escolas.

4. Qualificação da prática clínica: Preparar a equipe para realizar atividades coletivas, explicando e demonstrando as técnicas de escovação e a importância do flúor na cavidade oral.

Meta 7: Concluir o tratamento dentário em 20% dos escolares com primeira consulta odontológica, sendo necessárias as ações de:

1. Monitoramento e avaliação: Supervisionar a conclusão dos tratamentos dentários.

2. Organização e gestão do serviço: Adequar a agenda para que sejam garantidas as consultas que proporcionem a conclusão do tratamento. Garantir junto ao gestor o fornecimento de material para o tratamento e acesso dos usuários a realização de exames para diagnóstico.

3. Engajamento público: Explicar a importância da adesão e conclusão do tratamento odontológico para comunidade.

4. Qualificação da prática clínica: Capacitar os profissionais da unidade de saúde de acordo com os Cadernos de Atenção Básica. Treinar a equipe para realizar diagnósticos das principais doenças bucais de crianças de 6 a 12 anos.

OBJETIVO 4: Melhorar a adesão ao atendimento em saúde bucal.

Meta 8: Manter registro atualizado em planilha e/ou prontuário de 100% dos escolares da área, sendo necessárias as ações de:

1. Monitoramento e avaliação: Monitorar e atualizar o registro dos escolares que realizarem a primeira consulta odontológica.

2. Organização e gestão do serviço: Implantar planilha de saúde bucal e ficha para acompanhamento dos escolares cadastrados. Compartilhar com a equipe o registro das informações.

3. Engajamento público: Esclarecer os escolares e seus responsáveis sobre o direito de manutenção dos registros de saúde no serviço inclusive sobre a possibilidade de solicitação de segunda via se necessário.

4. Qualificação da prática clínica: Capacitar a equipe de saúde bucal para o correto preenchimento dos prontuários e das fichas ligadas a intervenção.

OBJETIVO 5: Promover a saúde bucal dos escolares.

Meta 9, Meta 10 e Meta 11: Oferecer orientações sobre higiene bucal, cárie dentária e informações nutricionais a 100% dos escolares, sendo necessárias as ações de:

1. Monitoramento e avaliação: Monitorar as atividades coletivas educativas.

2. Organização e gestão do serviço: Organizar a agenda para que possam ser realizadas atividades educativas nas escolas. Organizar os conteúdos e temas que serão abordados nas palestras e todo material necessário para realização da atividade. Realizar lista de presença para os escolares.

3. Engajamento público: Incentivar e explicar a importância do auto cuidado do escolar. Promover a participação de membros da comunidade e da escola na organização, planejamento e gestão das ações de saúde para os escolares e na avaliação e monitoramento das ações de saúde para os alunos.

4. Qualificação da prática clínica: Ampliar conhecimento da equipe sobre as orientações em saúde bucal para crianças; Capacitar agentes comunitários de saúde para orientar cuidados de saúde bucal; Treinar ACS para abordar a importância da manutenção da saúde bucal e adesão aos tratamentos; Capacitar auxiliares e técnicos de saúde bucal para realizar atividades educativas na comunidade; Capacitar equipe de acordo com os protocolos nacionais.

2.3.2 Indicadores

São medidas que refletem uma característica ou aspecto particular relacionados à saúde de uma população. Para a presente intervenção serão utilizados:

Referente à **meta 1** do **Objetivo 1**: ampliar a cobertura de ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica para estabelecimento de prioridade de atendimento em 50% dos escolares de seis a doze anos de idade das escolas da área de abrangência.

Indicador 1: Proporção de escolares participantes da ação coletiva de exame bucal.

Numerador: número de escolares de seis a doze anos participantes da ação coletiva de exame bucal.

Denominador: número de crianças de seis a doze anos frequentadores das escolas focos da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.

Referente à **meta 2** do **Objetivo 1**: ampliar a cobertura de primeira consulta, com plano de tratamento odontológico, para 50% dos escolares moradores da área de abrangência da unidade de saúde.

Indicador 2: Proporção de escolares moradores da área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica.

Numerador: número de escolares moradores da área de abrangência com primeira consulta.

Denominador: número total de crianças que frequentam a escola e são moradores da área de abrangência da unidade de saúde.

Referente à **meta 3** do **Objetivo 1**: realizar primeira consulta odontológica em 100% dos escolares da área classificados como alto risco para doenças bucais.

Indicador 3: Proporção de escolares de alto risco com primeira consulta odontológica.

Numerador: número de escolares classificados como alto risco moradores da área de abrangência que realizaram a primeira consulta odontológica.

Denominador: número de escolares classificados como alto risco moradores da área de abrangência.

Referente à **meta 4** do **Objetivo 2**: fazer busca ativa em 100% dos escolares da área, com primeira consulta programática, faltosos às consultas.

Indicador 4: Proporção de buscas ativas aos escolares da área de abrangência da unidade de saúde.

Numerador: número total de buscas ativas realizadas aos escolares da área de abrangência com primeira consulta odontológica na unidade de saúde faltosos na consulta odontológica.

Denominador: número de consultas não realizadas pelos escolares da área de abrangência com primeira consulta na unidade de saúde faltosos na consulta odontológica.

Referente à **meta 5** do **Objetivo 3**: realizar a escovação supervisionada com creme dental em 100% dos escolares.

Indicador 5: Proporção de escolares com escovação dental supervisionada com creme dental.

Numerador: número de escolares com escovação supervisionada com creme dental.

Denominador: número de crianças de seis a doze anos frequentadores das escolas focos da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.

Referente à **meta 6** do **Objetivo 3**: realizar a aplicação de gel fluoretado com escova dental em 100% dos escolares de alto risco.

Indicador 6: Proporção de escolares de alto risco com aplicação de gel fluoretado com escova dental.

Numerador: número de escolares de alto risco com aplicação de gel fluoretado com escova dental.

Denominador: número de crianças de seis a doze anos frequentadores das escolas focos da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde classificadas como alto risco.

Referente à **meta 7** do **Objetivo 3**: concluir o tratamento dentário em 20% dos escolares com primeira consulta odontológica.

Indicador 7: Proporção de escolares com tratamento dentário concluído.

Numerador: número de escolares moradores da área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica com tratamento concluído.

Denominador: número total de crianças de seis a doze anos da área de abrangência da unidade de saúde com a primeira consulta odontológica.

Referente à **meta 8** do **Objetivo 4**: manter registro atualizado em planilha e/ou prontuário de 100% dos escolares da área.

Indicador 8: Proporção de escolares com registro atualizado.

Numerador: número de escolares da área de abrangência da unidade de saúde com registro atualizado.

Denominador: número total de escolares da área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica.

Referente à **meta 9** do **Objetivo 5**: fornecer orientações sobre higiene bucal para 100% dos escolares.

Indicador 9: Proporção de escolares com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: número de escolares de seis a doze anos com orientação sobre higiene bucal.

Denominador: número de crianças de seis a doze anos matriculadas nas escolas focos da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.

Referente à **meta 10** do **Objetivo 5**: fornecer orientações sobre cárie dentária para 100% das crianças.

Indicador 10: Proporção de escolares com orientação sobre cárie dental.

Numerador: número de escolares de seis a doze anos com orientação sobre cárie dental.

Denominador: número de crianças de seis a doze anos matriculadas nas escolas focos da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.

Referente à **meta 11** do **Objetivo 5**: fornecer orientações nutricionais para 100% das crianças.

Indicador 11: Proporção de escolares com orientação nutricional.

Numerador: número de escolares de seis a doze anos com orientação nutricional.

Denominador: número de crianças de seis a doze anos matriculadas nas escolas focos da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para intervenção vamos adotar como referências os Cadernos de Atenção Básica nº 17 – Saúde Bucal (BRASIL, 2008) e a Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2011).

Utilizaremos como fonte de dados a ficha de levantamento epidemiológico da unidade de saúde que terá as seguintes informações: nome do aluno, escola, idade, data de nascimento, turno que estuda. O formulário contempla um diagrama com a numeração dos dentes decíduos e permanentes e uma tabela com códigos referentes à situação de cada unidade dentária.

A ficha ainda aponta para três fatores que podem ser encontrados que são a hipoplasia do esmalte, fluorose dentária e foco de infecção que indica uma prioridade no tratamento deste usuário. Para a classificação, utilizaremos o CPO-D, índice de saúde dental com base no número de dentes acometidos pela cárie, sendo “C” = número de dentes cariados, “P” = perdidos e “O” = obturados ou restaurados (dentes permanentes) e o índice ceo-d, para dentes

decíduos, sendo “c” = número de dentes cariados, “e” = extração indicada e “o” = obturados ou restaurados (NARVAI, 2001).

0 - Espaço vazio Ausência de dente devido a:	<ul style="list-style-type: none"> - Ausência de dente temporário por qualquer razão; - Dente permanente não irrompido; - Dente decíduo não irrompido; - Dente decíduo extraído; - Dente permanente extraído por outras causas que não cárie dental; - Dente permanente ou decíduo impactado ou ausente congenitamente.
1 - Permanente cariado	Cavidade evidente em nível de dentina, cárie secundária, ambas sem envolvimento pulpar.
2 - Permanente restaurado	<ul style="list-style-type: none"> - Dente restaurado de forma aceitável, sem levar em conta o tipo de material restaurador / considera-se inaceitável uma restauração quando a mesma apresentar, na interface dente/material restaurador, espaço suficiente para a penetração de sonda exploradora ou evidência clínica de cárie sob a mesma; - Considerados também dentes restaurados por outras causas que não a cárie dental, como, por exemplo, indicações protéticas, fraturas.
3 - Permanente extraído	De acordo com a idade do usuário, o dente deveria estar presente e foi extraído devido à cárie.
4 - Permanente com extração indicada	O dente apresenta somente raízes ou coroa parcialmente destruída; haverá sempre evidência que a câmara pulpar foi atingida.
5 - Permanente hígido	Dente que não apresenta cárie, restaurações, jaquetas ou coroas; outros defeitos, como hipoplasia, fluorese, defeitos de esmalte podem ou não estar presentes.
6 - Decíduo cariado	Mesmos critérios que permanentes cariados.
7 - Decíduo restaurado	Mesmos critérios que permanentes restaurados.
8 - Decíduo com extração indicada	Mesmos critérios que permanentes com extração indicada.
9 - Decíduo hígido	Mesmos critérios que permanentes hígidos.

Quadro 1: Índice Odontológico para dentes Cariados, Perdidos e Restaurados (Obturados) (PCO-D)

Depois da avaliação, as anotações indicarão em que faixa de classificação encontra-se a criança ou determinada população específica.

Também será utilizado o instrumento disponibilizado pelo curso - planilha de coleta de dados - para transcrição e posterior extração dos dados para análise.

Faremos contato com o gestor municipal para suprir a demanda das fichas-espelho utilizadas na unidade de saúde, já que, projetam-se 300 crianças bem como solicitaremos material de apoio, se necessário, para fins educativos.

Começaremos a intervenção com o estudo da ficha para levantamento epidemiológico, calibragem das situações e levantamento do material necessário. A capacitação ocorrerá na própria UBS e tem como objetivo revisar os protocolos e orientar a auxiliar para o correto preenchimento das fichas, anotações e checagem do exame e tópicos da palestra. Este treinamento será realizado mediante uma atuação coletiva entre o dentista e a auxiliar de consultório dentário (ACD), considerando-se as funções de coleta de dados; dessa forma, a intervenção buscará envolver os profissionais e a tomada de decisões em relação ao processo.

O cirurgião-dentista e a ACD vão agendar visitas nas escolas localizadas na área de atuação da USF onde realizarão as seguintes atividades: exame bucal com fins epidemiológicos anotados em ficha padrão, palestra educativa com uso de computador utilizando vídeos e imagens, distribuição de escova dentária, escovação supervisionada com creme dental e aplicação de flúor na escova.

Faremos contato com a direção das escolas possibilitando uma maior interação junto aos pais/responsáveis. Diante desta situação pretendemos realizar atividades educativas para conscientização sobre a Saúde Bucal para a prevenção e controle das doenças bucais.

Para organizar o registro específico do programa o dentista e a auxiliar revisarão as fichas de levantamento epidemiológico juntamente com o prontuário dos usuários que iniciaram o tratamento e dos que concluíram todos os procedimentos. Tentar-se-á nestes quatro meses iniciar e concluir o tratamento em pelo menos 100 crianças. Ao mesmo tempo realizar-se-á o monitoramento dos usuários faltosos e a busca ativa dos mesmos.

Semanalmente após a realização do levantamento as crianças serão classificadas pelo grau de necessidade de tratamento, e será montado um plano de tratamento. Este usuário será agendado quinzenalmente para que no fim dos quatro meses da intervenção tenhamos concluído o caso e o usuário esteja em manutenção ou alta.

2.3.4 Cronograma

Ações/Atividades	Semanas de Intervenção															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Apresentação do cronograma de intervenção e ficha complementar de atendimento	X															
Estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática	X															
Capacitação dos profissionais de saúde da UBS com base no protocolo	X															
Cadastro dos escolares residentes na área de abrangência da UBS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Esclarecer a comunidade sobre a importância da Saúde Bucal	X	X	X	X												
Rever cadastros e certificar da cobertura alcançada				X	X	X	X									X
Busca ativa dos escolares faltosos												X	X	X	X	
Monitoramento para identificar escolares faltosos												X	X	X	X	
Atualizar, avaliar e organizar os registros (conforme a necessidade)							X	X	X	X	X					

3. RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

O presente relatório de intervenção versa sobre a ação ocorrida no período de quatro meses na USF Dr. Hildebrando Xavier da Silva em Livramento de Nossa Senhora/BA, pontuada pelos tópicos:

3.1 Ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente

- Foram realizadas capacitações para a equipe da USF a fim de padronizar as atividades relativas à atenção bucal em escolares mediante colaboração entre o dentista e os técnicos.

- Houve um aumento da cobertura no atendimento odontológico dos escolares através de esforços coletivos nas escolas a fim de sensibilizar direção, funcionários e pais/responsáveis acerca da participação das crianças quanto ao cuidado bucal. Tal sensibilização decorreu de palestras educativas nas escolas estimulando-se o engajamento público e a multiplicação de conhecimentos.

- Foi possível organizar uma agenda específica aos escolares sistematizando na unidade de saúde um dia da semana direcionado às crianças entre 6 e 12 anos; todavia, caso houvesse necessidade de urgência a USF estava à disposição para atendimento.

- Ocorreu levantamento epidemiológico com o objetivo de atualizar os prontuários e fichas clínicas bem como conhecer o perfil de crianças alocadas nas escolas próximas à área de abrangência da unidade de saúde. Entretanto, deve-se destacar que essa atividade foi parcial, uma vez que, somente foi possível realizá-lo com os escolares que realizaram o tratamento odontológico, sendo excluídos aqueles que não passaram por esta avaliação.

- Houve um aumento na realização de práticas odontológicas direcionadas aos escolares como escovação supervisionada, aplicação coletiva

de flúor e palestras sobre saúde bucal e informações nutricionais preconizando-se educação em saúde.

- Não foi possível finalizar ou concluir uma grande quantidade de tratamentos dentários em virtude de que algumas crianças necessitavam de maior tempo por serem situações complexas, demandando, assim, a participação de especialistas, pois, na unidade de saúde, não havia suporte e suprimentos adequados.

3.2 As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, descrevendo o motivo pelos quais estas ações não puderam ser realizadas

- Não foi realizada busca ativa aos faltosos em decorrência da pouca colaboração dos ACS frente a essa atividade, uma vez que, os mesmos indicaram como justificativas para a ausência de busca desinteresse da criança em realizar avaliação e/ou tratamento odontológicos e/ou os pais/responsáveis não disponibilizariam tempo para esse serviço. Ademais, percebeu-se pouco interesse dos profissionais de realizarem essa ação na intervenção.

3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento de planilhas de coleta de dados, cálculo dos indicadores.

- Considerando-se a proposta do curso de instrumentalizar a intervenção, facilitando a coleta e posterior análise dos dados, não houve dificuldades em relação ao preenchimento da ficha espelho e da planilha.

3.4 Análise da viabilidade de incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço descrevendo aspectos que serão adequados ou melhorados para que isso ocorra.

- A intervenção se encontra incorporada à rotina da unidade, entretanto, para fins de consolidação, sugere-se que haja maior sensibilização e conscientização dos profissionais de saúde frente às atividades previstas na

ação como busca ativa de escolares faltosos. Também, a fim de evidenciar sua incorporação e incrementar outras ações programáticas, prevê-se atender e acompanhar crianças menores de 6 anos bem como envolver a Odontologia no Pré-Natal e Puerpério a fim de sensibilizar gestantes e puérperas acerca dos cuidados bucais no recém-nascido e lactentes.

4 AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

4.1 Resultados

A intervenção foi realizada com o foco na Saúde Bucal de Escolares, com estimativa de 750 crianças entre 6 e 12 anos, alocadas em três escolas da rede municipal de ensino e englobou do 1º ao 7º ano do ensino fundamental da área de abrangência da USF Dr. Hildebrando Xavier da Silva, em Livramento de Nossa Senhora /Bahia.

Abaixo constam os objetivos, metas e seus respectivos resultados em uma abordagem qualitativa e quantitativa:

OBJETIVO: Ampliar a cobertura da atenção à saúde bucal dos escolares.

Meta 1: ampliar a cobertura de ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica para estabelecimento de prioridade de atendimento em 50% dos escolares de seis a doze anos de idade das escolas da área de abrangência.

Indicador: Proporção de escolares avaliados.

Descrição dos Resultados: No universo 750 alunos com idade entre 6 e 12 anos, entre as 03 escolas da área, conseguimos a cobertura de 275 alunos que realizaram exame bucal, a seguir informaremos o percentual seguido do número absoluto entre parênteses. No primeiro mês das atividades foram examinados 14,1% (106) dos escolares, no segundo 20,8% (156), no terceiro 31,7% (238) até atingirmos o total de 36,7% (275) de usuários examinados (Figura 1).

Na fase de capacitação foram definidas as escolas em que iríamos atuar durante os quatro meses de intervenção, sendo, assim, escolhidas três escolas municipais. Fizemos a checagem do material necessário para executar a tarefa e combinamos junto às direções das escolas horários e dias para realização do exame bucal. Infelizmente, devido à grande demanda de estudantes, não foi

possível alcançar a meta; no entanto, acreditamos que a médio prazo, todos os escolares poderão ser avaliados.

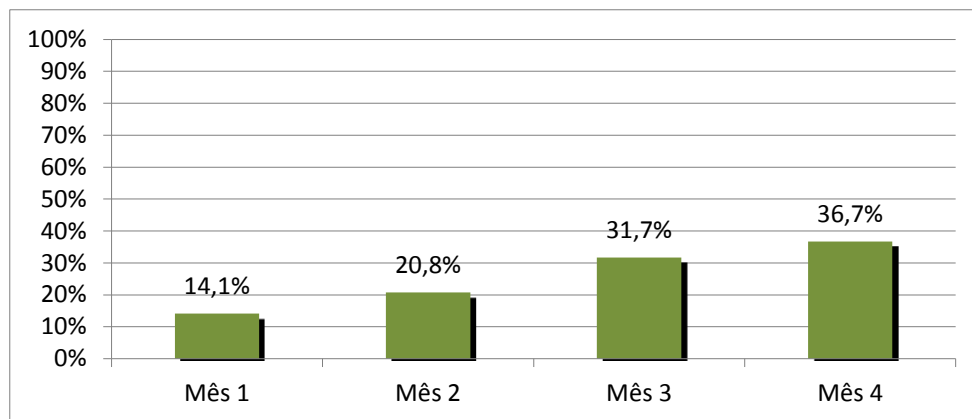


Figura 1: Proporção de escolares examinados na escola.

FONTE: Planilha de coleta de dados, 2013.

Meta 2: ampliar a cobertura de primeira consulta, com plano de tratamento odontológico, para 50% dos escolares moradores da área de abrangência da unidade de saúde.

Indicador: proporção de escolares moradores da área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica.

Descrição dos Resultados: Nesta meta foi realizada a primeira consulta sendo que no primeiro mês realizadas 65,1% (69) consultas, no segundo 76,3% (119), no terceiro 84,5% (201), até atingirmos 86,5% (238) (Figura 2).

Foi possível alcançar a meta proposta em virtude de um esforço coletivo na triagem e classificação de risco que nortearam a consulta ambulatorial. Foram selecionados os escolares com maior necessidade odontológica, ou seja, com presença de cárie dentária, com necessidade endodôntica, entre outras, reforçando-se, assim, a importância de diagnósticos precoces e condutas terapêuticas de qualidade e efetividade.

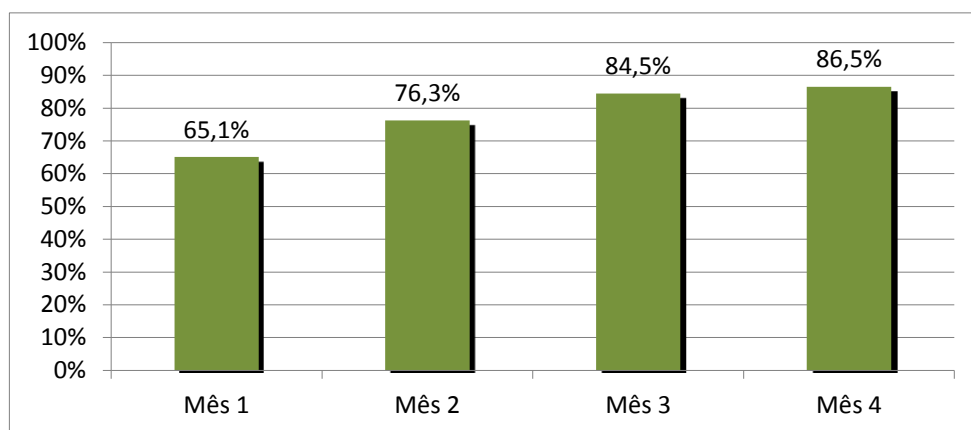


Figura 2: Proporção de escolares moradores da área de abrangência da UBS com primeira consulta realizada.

FONTE: Planilha de coleta de dados, 2013.

Meta 3: Realizar primeira consulta odontológica em 50% dos escolares da área classificados como alto risco para doenças bucais.

Indicador: Proporção de escolares de alto risco com primeira consulta odontológica.

Descrição dos Resultados: No exame epidemiológico realizado com alcance de 275 crianças, destas 261 foram classificadas como de alto risco. No primeiro mês foram feitas 51,1% (47) das consultas, no segundo 68,3% (97), no terceiro 79,9% (119), até atingirmos 82,8% (216) (Figura 3).

A meta, infelizmente, foi atingida mediante identificação de risco para doenças bucais através de uma ação coletiva entre o dentista e os técnicos. Nesse caso, ressalva-se que a identificação de cárie dentária, por exemplo, ultrapassa os limites da cavidade bucal, sinalizando a influência de determinantes sociais da saúde. Ou seja, a presença de cáries dentárias usualmente está relacionada a classes sociais desfavorecidas, pais/responsáveis com baixo grau de instrução, acesso a uma alimentação rica em carboidratos e má higiene, o que demonstra que o alcance dessa meta demanda uma reflexão sobre a condição de SB nos escolares.

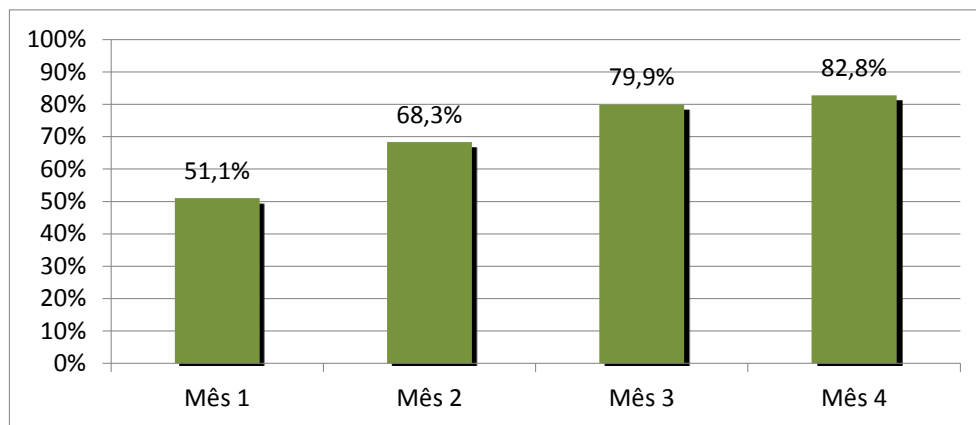


Figura 3: Proporção de escolares de alto risco com consulta odontológica.

FONTE: Planilha de coleta de dados, 2013.

OBJETIVO: Melhorar a adesão ao atendimento em saúde bucal.

Meta 4: Fazer busca ativa em 100% dos escolares da área, com primeira consulta programática, faltosos às consultas.

Indicador: Proporção de buscas ativas aos escolares da área de abrangência da unidade de saúde.

Descrição dos resultados: Não foi realizada a busca ativa dos usuários faltosos por desmobilização dos ACS que citaram o desinteresse dos pais/responsáveis acerca da SB, embora, tenham ocorrido diálogos durante a intervenção para reversão da atitude e conscientização, sem resultado. Os outros profissionais da UBS não puderam ou não quiseram realizar este tipo de atividade por tratar-se de serviço externo e pelo reduzido número de funcionários na unidade o que acarretaria deficiência nas demais atividades.

OBJETIVO: Melhorar a qualidade da atenção em saúde bucal dos escolares.

Meta 5: Realizar a escovação supervisionada com creme dental em 100% dos escolares.

Indicador: Proporção de escolares com escovação dental supervisionada com creme dental.

Descrição dos resultados: Foi realizada a escovação supervisionada com creme dental com os seguintes resultados: no primeiro mês foram feitas 12,1% (91) das escovações, no segundo 18,9%(142), no terceiro 29,9% (224), até atingirmos 34,7% (260) (Figura 4).

Não foi possível alcançar a meta proposta devido ao número elevado de escolares da área de abrangência da unidade de saúde bem como pela manutenção de atendimentos a outros usuários na USF, o que interferiu na realização dessa atividade.

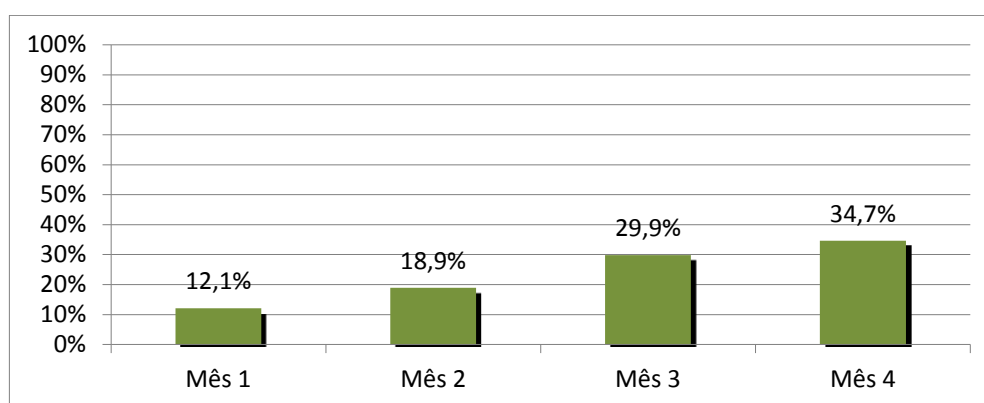


Figura 3: Proporção de escolares com escovação dental supervisionada com creme dental.

FONTE: Planilha de coleta de dados, 2013.

Meta 6: Realizar a aplicação de gel fluoretado com escova dental em 100% dos escolares de alto risco.

Indicador: Proporção de escolares de alto risco com aplicação de gel fluoretado com escova dental.

Descrição dos resultados: De 275 crianças que realizaram exame epidemiológico, 261 foram classificadas como de alto risco, mas, destas, somente 216 passaram pela consulta no ambulatório. No decorrer da intervenção, alcançaram-se no primeiro mês 98,9% (91) dos escolares, no segundo 100% (142), no terceiro 100% (224) e no último mês 99,6% (260) (Figura 5).

Os resultados apontam que essa atividade gerou impacto positivo sobre a SB dos escolares, uma vez que, pactuou-se que toda criança identificada como de alto risco teria acesso à aplicação de flúor mediante trabalho em

equipe (dentista e técnicos). Além disso, buscou-se enriquecer essa atividade associada a palestras educativas a fim de desenvolver maior compreensão sobre a necessidade de “cuidar dos dentinhos”.

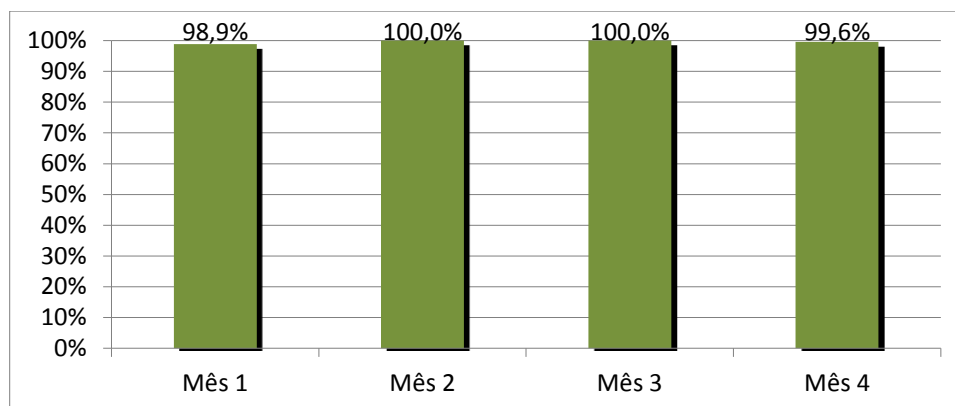


Figura 4: Proporção de escolares de alto risco com aplicação de gel fluoretado com escova dental.

FONTE: Planilha de coleta de dados, 2013.

Meta 7: concluir o tratamento dentário em 20% dos escolares com primeira consulta odontológica.

Indicador: proporção de escolares com tratamento dentário concluído.

Descrição dos resultados: Foram alcançados no primeiro mês de intervenção 11,6% (8) dos casos, no segundo 10,1% (12), no terceiro 6% (12) e 13,9 % (33) no quarto mês (Figura 6).

Não foi possível atingir a meta proposta em virtude de que a conclusão de tratamento odontológico depende de vários fatores como a cooperação do usuário, número e extensão de agravos bucais. Foram considerados concluídos os tratamentos odontológicos cujos procedimentos previstos no planejamento fossem realizados com êxito. Além disso, houve necessidade de encaminhar a criança para profissionais especializados devido à complexidade dos casos.

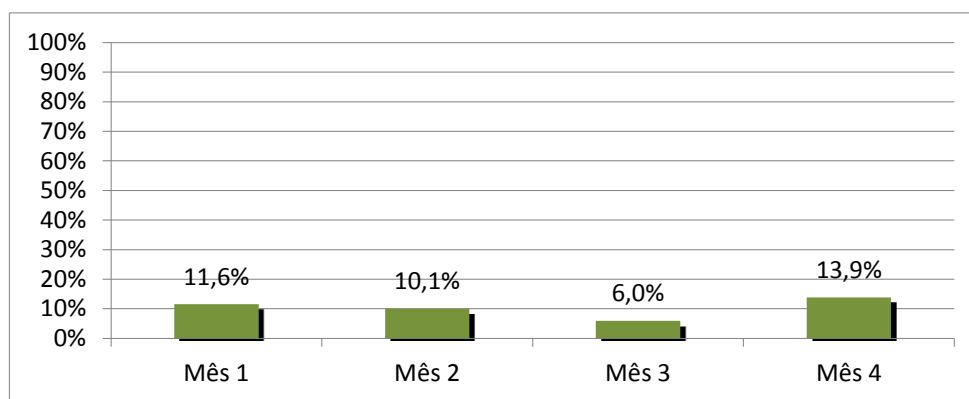


Figura 5: Proporção de escolares com tratamento dentário concluído.

FONTE: Planilha de coleta de dados, 2013.

OBJETIVO: Melhorar registro das informações.

Meta 8: Manter registro atualizado em planilha e/ou prontuário de 100% dos escolares da área.

Indicador: Proporção de escolares com registro atualizado.

Descrição dos resultados: No primeiro mês conseguimos realizar o registro de 69 escolares (65,1%), seguido de 119 (76,2%), 201 (84,5%) e 238 (86,5%), respectivamente, segundo, terceiro e quarto meses na unidade de saúde (Figura 7).

A cada primeira consulta realizada havia o registro dos alunos na UBS, sendo conferidos e/ou atualizados nome, filiação, endereço, telefone, número do cartão do SUS e assinatura do responsável. Entretanto, não foi possível alcançar a meta de 100% devido ao período de adaptação no primeiro mês, em que a auxiliar não atualizou o prontuário da criança, sendo tal situação corrigida nos meses subsequentes.

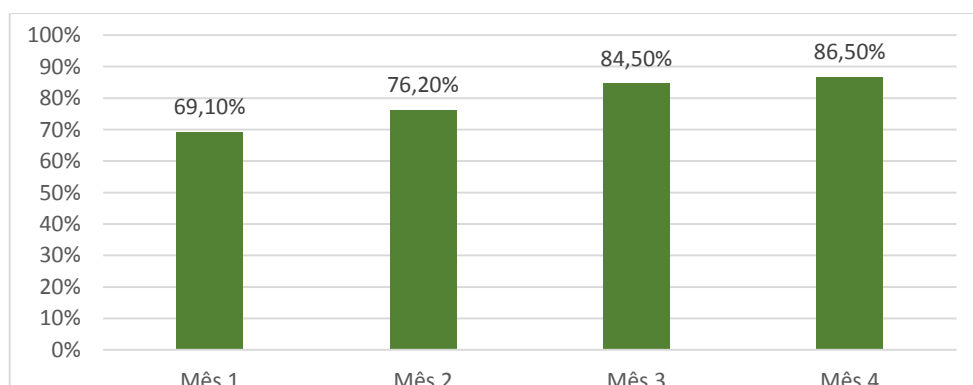


Figura 6: Proporção de escolares com registro atualizado.

FONTE: Planilha de coleta de dados, 2013.

OBJETIVO: Promover a saúde bucal dos escolares.

Meta 9: Fornecer orientações sobre higiene bucal para 100% dos escolares.

Indicador: Proporção de escolares com orientação sobre higiene bucal.

Descrição dos resultados: Foram orientados no primeiro mês 14,1% (106) dos escolares, no segundo 20,8% (156), no terceiro e quarto 31,7% (238) e 36,7% (275), respectivamente (Figura 8).

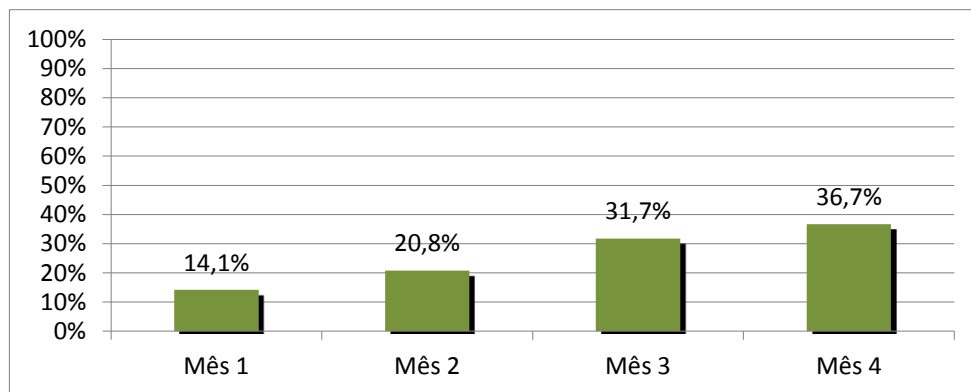


Figura 7: Proporção de escolares com orientação sobre higiene bucal.

FONTE: Planilha de coleta de dados, 2013.

Meta 10: Fornecer orientações sobre cárie dentária para 100% dos escolares.

Indicador: Proporção de escolares com orientação sobre cárie dentária.

Descrição dos resultados: Foram orientados no primeiro mês 14,1% (106) dos escolares, no segundo 20,8% (156), no terceiro e quarto 31,7% (238) e 36,7% (275), respectivamente (Figura 9).

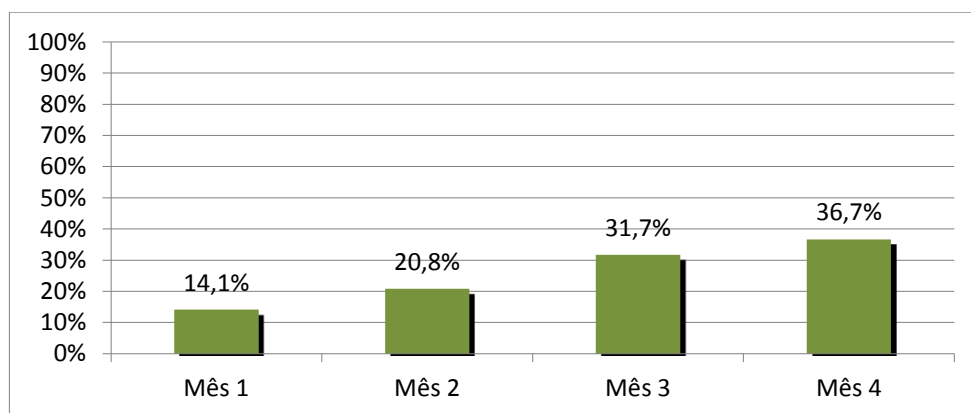


Figura 8: Proporção de escolares com orientação sobre cárie.

FONTE: Planilha de coleta de dados, 2013.

Meta 11: Fornecer orientações nutricionais para 100% das crianças.

Indicador: Proporção de escolares com orientação nutricional.

Descrição dos resultados: As orientações relativas à alimentação saudável foram repassadas no primeiro mês a 14,1% (106) dos escolares, no segundo 20,8% (156), no terceiro e quarto 31,7% (238) e 36,7% (275), respectivamente (Figura 10).

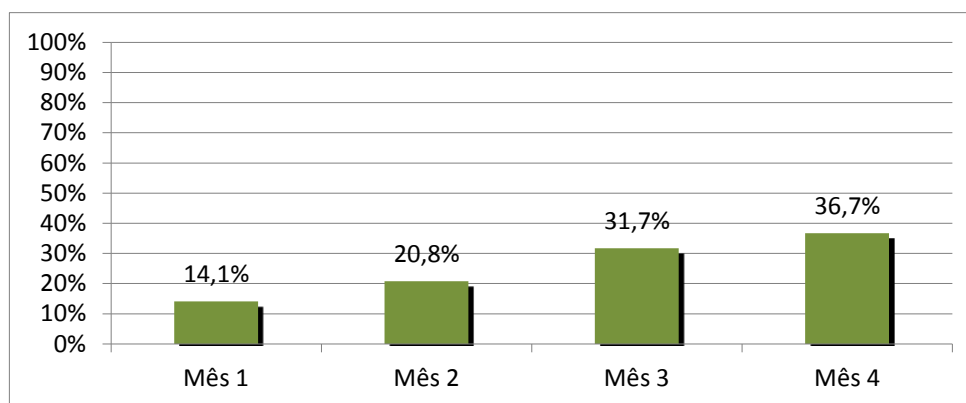


Figura 9: Proporção de escolares com orientações nutricionais.
FONTE: Planilha de coleta de dados, 2013.

As metas 9, 10 e 11 não foram atingidas em decorrência, possivelmente, da alta demanda frente às consultas ambulatoriais e ao tempo de intervenção de quatro meses, o que interferiu no número de palestras, aquém do projetado.

Nesse sentido, após o período de intervenção proposta pelo curso, como dentista da unidade de saúde, verifica-se a necessidade de reorganizar as atividades educativas, de escovação supervisionada e de aplicação de flúor, para assim, efetivamente, socializar a SB a uma gama maior de escolares.

4.2 Discussão

O processo de construção do conhecimento teórico-prático em SB dos escolares deve envolver o dentista, os técnicos/auxiliares, a família, os demais trabalhadores de saúde e a escola a fim de que o processo de ensino-aprendizagem seja efetivo e se perpetue ao longo da vida.

Atualmente, as atividades desenvolvidas pelos profissionais de SB nas escolas se concentram basicamente na realização de escovação

supervisionada e na aplicação tópica de flúor gel, em detrimento da educação em saúde, possivelmente, pelo teor curativista ainda presente na nossa realidade junto às dificuldades encontradas nas escolas como precários recursos humanos e de materiais e insumos.

A intervenção gerou impacto positivo, pois, foi possível realizar atividades de educação em saúde acerca de doenças bucais e informações nutricionais, assim como a realização de exame bucal nas escolas, utilizando-se a classificação de risco, que por sua vez, propiciou a prática do princípio da equidade, priorizando-se os usuários com maior necessidade de atendimento odontológico. Frente à identificação de alto risco de SB nos escolares, ressalta-se que esse dado é preocupante, pois, agravos na SB podem estar relacionados ao grau de escolaridade, situação de trabalho dos responsáveis, renda familiar, autocuidado e condições de saneamento que interferem nas condições de saúde dos filhos, assim como na ocorrência de lesões bucais. Isto é, tal situação sugere que há uma complexidade atrelada a uma maior vulnerabilidade das crianças a cáries e doenças periodontais.

Também houve um aumento no número de consultas direcionadas aos escolares e a organização de um dia fixo na semana na unidade. Ademais, a intervenção repercutiu na comunicação com a equipe da unidade, interação com a comunidade e a organização de metas com vistas à qualidade dos indicadores de cobertura e do serviço de saúde.

Não obstante, a intervenção permitiu uma reflexão de que a Atenção à SB se apresenta como uma possibilidade concretizável baseada no estabelecimento de parcerias entre o setor saúde, escola, pais/responsáveis e comunidade. Entretanto, para consolidar efetivamente a intervenção na unidade de saúde, deve haver uma corresponsabilização de todos os atores envolvidos no cuidado e atenção às crianças que são os pais/responsáveis, profissionais de saúde e direção das escolas.

Dessa forma, conhecer os núcleos familiares, percepções, interesses, necessidades e práticas em relação à SB fornecerão subsídios para o planejamento de atividades educativas, gerando-se, por sua vez, um estímulo ao engajamento público, a valorização da Promoção de Saúde e um

acompanhamento das crianças desde o aparecimento dos primeiros dentes, orientando e assistindo aos pais/responsáveis.

A intervenção poderia ter sido facilitada se desde a Análise Situacional eu tivesse trabalhado em com os pais/responsáveis, através de palestras e encontros em um ambiente dialógico e horizontal e sempre que fosse necessário, estimular a participação deles nos atendimentos e/ou atividades coletivas, buscando inseri-los nas atividades dessa ação programática. Deveria também ter dialogado e convidado outros profissionais como nutricionista para complementarem as palestras sob o prisma da multidisciplinaridade, assim como, poderia ter tido maior interação com os ACS, motivando-os para a intervenção.

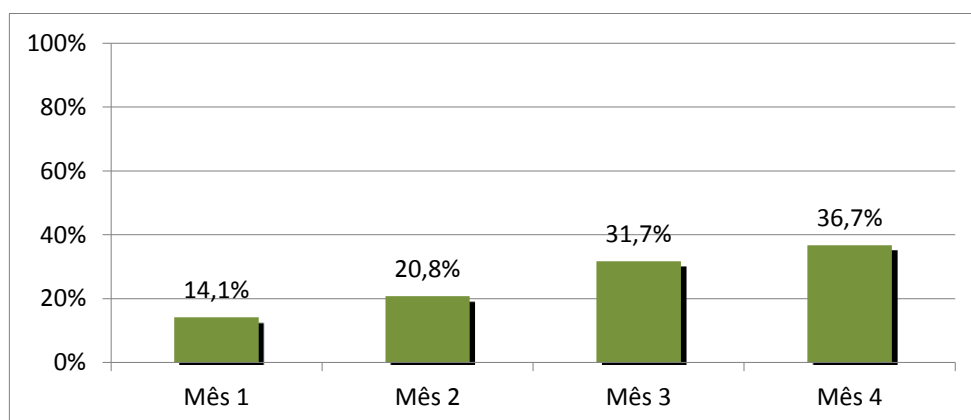
A viabilidade de incorporar a intervenção a rotina do serviço é uma realidade, uma vez que, houve uma organização do processo de trabalho na unidade, inclusive, com vistas a aumentar a cobertura dos atendimentos odontológicos, iniciando-se já com escolares menos de seis anos, prevenindo-se assim, doenças bucais e estimulando a higiene bucal. Contudo, para sua consolidação, sugere-se que haja uma reformulação do Programa de Atenção à SB desenvolvido no município, de forma que se ampliem os conteúdos abordados para além das técnicas de escovação, estabelecendo parcerias com a direção das escolas e creches, pais/responsáveis, equipe e comunidade, e por sua vez, a participação efetiva de todos.

4.3 Relatório da intervenção para os Gestores

Meu nome é Fernando Zaidan Neto, cirurgião-dentista da Unidade de Saúde da Família Dr. Hildebrando Xavier da Silva e estou aqui para relatar a intervenção direcionada à Saúde Bucal de escolares entre 6 e 12 anos como o propósito de estruturar e orientar as ações de Promoção da Saúde Bucal em três escolas municipais na área de abrangência da unidade de saúde.

A intervenção teve duração de 16 semanas com uma série de atividades como exame epidemiológico; triagem dos casos que necessitavam de tratamento odontológico; educação em saúde através de palestras sobre higiene bucal, prevenção de cáries e alimentação saudável; escovação supervisionada e aplicação coletiva de flúor.

No decorrer da intervenção foram atendidas, em um universo de 750 alunos entre 6 e 12 anos, 275 crianças, atingindo-se, assim, 36,6% de cobertura.



FONTE: Planilha de coleta de dados, 2013.

Em relação à primeira consulta odontológica, conseguimos aumentar essa atividade na unidade de saúde, alcançando-se no primeiro mês 65,1% (69) consultas, no segundo 76,3% (119), no terceiro 84,5% (201) e no quarto mês 86,5% (238), que é uma atividade essencial para identificar se a criança apresenta tendência a cáries, por exemplo e na conclusão de tratamentos odontológicos.

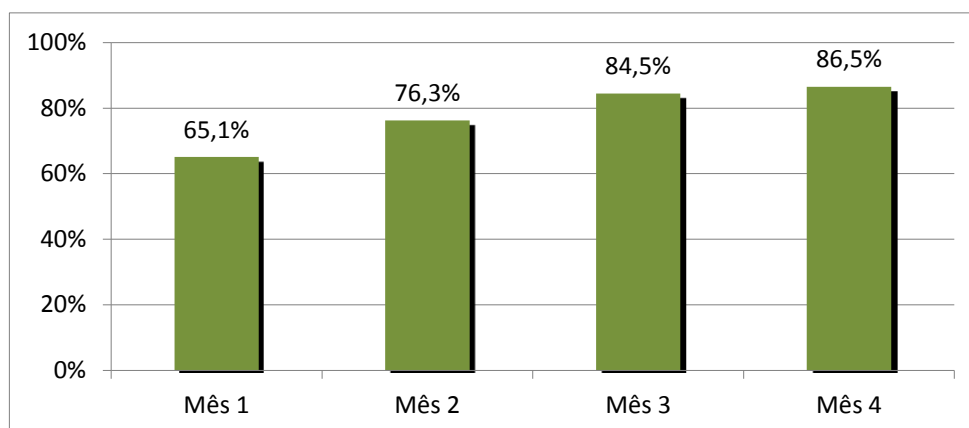


Figura 10: Proporção de escolares moradores da área de abrangência da UBS com primeira consulta realizada.

FONTE: Planilha de coleta de dados, 2013.

Um outro destaque foi o aumento do registro das informações na unidade de saúde acerca da Saúde Bucal, uma vez que, as informações podem gerar subsídios para análises, propiciando à gestão e aos trabalhadores de saúde tomadas de decisões.

Também foi possível realizar ações de qualificação direcionada à equipe da unidade como a apresentação do projeto e suas distintas atividades bem como padronizar as ações através do uso de manuais e protocolos fornecidos pelo Ministério da Saúde (MS) tendo como referência os conceitos do Sistema Único de Saúde (SUS).

Entretanto, também ocorreram dificuldades na intervenção como restrição de material odontológico e transporte até o local destinado as atividades; nesse sentido, a fim de consolidar a intervenção na unidade de saúde, atingir maior número de escolares e desenvolver as atividades previstas na ação programática, sugere-se um maior envolvimento dos gestores, inclusive, no melhoramento da estrutura da unidade de saúde.

Dessa forma, acredito que a intervenção tenha resultado em um impacto positivo na saúde dos escolares com necessidades de reajustes que objetivarão a uma maior qualificação no serviço da unidade de saúde e de uma integração com as escolas da área de abrangência da unidade de saúde, por meio de um esforço coletivo entre todos, profissionais de saúde, gestores, direções de escolas e pais/responsáveis.

4.4 Relatório da intervenção para a comunidade

Queridos membros da comunidade do bairro Taquari,

Meu nome é Fernando Zaidan Neto, dentista da Unidade de Saúde da Família Dr. Hildebrando Xavier da Silva e realizei um curso de especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) e da Universidade Aberta do SUS (UNASUS) voltado à Atenção Primária.

A intervenção direcionada aos escolares de 6 a 12 anos de três escolas municipais da área de abrangência da unidade de saúde resultou em melhoramentos de atividades como rotina do serviço de saúde ações como registro de informações, estabelecimento de um dia da semana voltado exclusivamente ao atendimento de crianças (quartas-feiras), primeira consulta odontológica e avaliação de risco, escovação dental sob supervisão com creme dental, aplicação de gel e orientações sobre higiene bucal.

Ainda, a partir da avaliação odontológica, foi possível encaminhar à unidade de saúde crianças que necessitavam de tratamento odontológico, prevenindo-se, assim, maiores agravos futuros.

Entretanto, para consolidar a ação programática Saúde Bucal em Escolares convido a todos, pais/responsáveis a se integrarem nas atividades da unidade de saúde para promoção e prevenção em saúde e nas atividades extramuros, ou seja, nas escolas. Desde cedo, é importante que a criança tenha acesso à avaliação odontológica para prevenir o aparecimento de cáries, estimulando-se assim, o autocuidado que tende a continuar na vida adulta.

Também é importante que a comunidade participe das demais atividades propostas pelos trabalhadores de saúde como grupos de gestantes, hipertensos e diabéticos, em um esforço coletivo de todos para prevenção e promoção de saúde.

5. REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE O PROCESSO PESSOAL DE APRENDIZAGEM

No início do curso não sabia como seria a pós-graduação, afinal, nunca tinha realizado um curso EAD. Posso comentar que não tive muitas dificuldades com o ambiente virtual, gostei muito, porém, percebo que para que haja um comprometimento do especializando frente ao processo de ensino-aprendizagem deve haver disciplina, pois, o curso é sequencial.

Aprendi em cada etapa do processo, apurando, por exemplo, observações sobre situações atreladas à rotina da unidade que não instigavam uma reflexão previamente à especialização.

Dessa forma, posso contextualizar que os conhecimentos teórico-práticos se tornaram uma realidade, empoderando-me como trabalhador de saúde.

Baseado na Análise Situacional e na necessidade da área de abrangência da unidade, optei por uma intervenção voltada a escolares de 6 a 12 anos com a realização de diversas atividades como registro das informações, educação em saúde e atendimento clínico.

Na intervenção houve uma melhora da SB através de orientações sobre higiene, prevenção de cáries e alimentação saudável, embora, não tenha sido possível realizar tratamento a todos os escolares, considero que a intervenção foi uma oportunidade de aprendizado para mim, como dentista, junto aos demais profissionais de saúde.

Também compreendo que uma integração com os pais/responsáveis, direções das escolas e gestores se congrega como uma estratégia para maior abrangência das atividades de SB para grupos populacionais como pré-escolares e escolares, sob o prisma de que na infância tende-se adotar comportamentos de saúde que podem perdurar na vida adulta.

Por fim, o curso de especialização da UFPel me proporcionou grande aprendizado através das unidades componentes desse processo, dos casos clínicos interativos e das discussões nos fóruns.

Assim, fiquei muito feliz de participar da pós-graduação e espero continuar integrado à universidade participando de outras atividades e cursos

para qualificação profissional na Atenção Primária e junto aos usuários do SUS.

6. BIBLIOGRAFIA

ANTUNES, J. L. F.; NARVAI, P. Capel. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. **Rev. Saúde Pública**, v.44, n.2, p. 360-365, 2010.

BRASIL. A promoção da saúde no contexto escolar. **Rev. Saúde Pública**, v. 36, n. 2, p.533-535, 2002.

_____. **Caderno de Atenção Básica nº 17: Saúde Bucal**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. **Pesquisa nacional de Saúde Bucal - SB Brasil 2010: resultados principais**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

GUIDETTI E.; ALMEIDA M. M. Organização da atenção em saúde bucal pelo Programa Saúde nas Escolas: levantamento de necessidades. **Revista da ABENO**, v.13. n. 2, p. 69-75, 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). In: Bahia – Livramento de Nossa Senhora - infográficos: dados gerais do município. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=430280#>>.

Acesso em: 02 ago. 2013

NARVAI, P. C. Definição de saúde bucal. In: Saúde Bucal e incapacidade bucal. 2001. Disponível em: <http://www.jornaldosite.com.br/arquivo/anteriores/artcapel10anolll>. Acesso em: 30 jul.2013.

OLIVEIRA, J. B.; SILVA, T. C.; COSTA, D. P. T. S.; SILVA, C. H. V. Sentir o sorriso: uma experiência de promoção de saúde bucal com um grupo de deficientes visuais em Recife. **Odontol. Clín-Cient.**, v.11, n. 2, p. 151-153, 2012.

VASCONCELOS, R.; MATTA, M. L.; PORDEUS, I. A.; PAIVA, S. M. Escola: um espaço importante de informação em saúde bucal para a população infantil. **Pós-Grad Rev Fac Odontol**, v. 4, n. 3, p. 43-7, set./dez. 2001.

ANEXOS

ANEXO A - FICHA ESPELHO ODONTOLOGIA

UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DR. HILDEBRANDO XAVIER DA SILVA

Nome: _____ Sexo: _____
Escola: _____ Idade: _____
Data de nascimento: _____
Número da Família _____ ACS _____

IV - ODONTOGRAMAS

1º EXAME		DIREITO																ESQUERDO															
DATA	____/____/____																																
		18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	31	32	33	34	35	36	37	38								
		85	84	83	82	81	71	72	73	74	75																						
1º EXAME																																	
DATA	____/____/____	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	31	32	33	34	35	36	37	38								
		85	84	83	82	81	71	72	73	74	75																						
1º EXAME																																	
DATA	____/____/____	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	31	32	33	34	35	36	37	38								
		85	84	83	82	81	71	72	73	74	75																						

[illegible]

ANEXO B – Planilha de Coleta de Dados

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P
1					Indicadores de saúde bucal - Mês 1											
2	Dados para Coleta	Número do escolar	Nome do Escolar	Idade do escolar	O escolar é morador da área de abrangência da unidade de saúde?	O escolar foi classificado como alto risco para saúde bucal?	O escolar morador da área de abrangência está com primeira consulta odontológica realizada?	O escolar morador da área de abrangência classificado como alto risco está com primeira consulta odontológica realizada?	Número de consultas odontológicas não realizadas	Número de buscas realizadas ao escolar falso às consultas	O escolar participou de escovação supervisionada com creme dental?	O escolar de alto risco recebeu aplicação de gel fluorinado com escova dental?	O escolar está com tratamento odontológico concluído?	O escolar está com registro de saúde bucal atualizado?	O escolar / familiar recebeu orientação sobre higiene bucal?	O escolar / familiar recebeu orientação sobre cárie dentária?
3	Orientações de preenchimento	De 1 até o total de escolares cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 = Nenhuma	0 = Nenhuma	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
4		2														
5		3														
6		4														
7		5														
8		6														
9		7														
10		8														
11		9														
12		10														
13		11														
14		12														
15		13														
16		14														
17		15														
18		16														
19		17														
20		18														
21																
	< >	Apresentação	Orientações	Dados da UBS	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Indicadores	+						

ANEXO C – Ficha de Levantamento epidemiológico**COORDENAÇÃO DE SAÚDE BUCAL
USF DR. HILDEBRANDO XAVIER DA SILVA****FICHA PARA LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO (*) ÍNDICES CPO -D e
ceo.**

Nome _____

Idade _____ Data: ____/____/____

Escola _____

Sexo () Fem. () Masc.

Data de nascimento ____/____/____ Turma _____

Zona: () Rural () Urbana

CÓDIGO UTILIZADO

0- ESPAÇO VAZIO

1-DENTE PERMANENTE CARIADO

2-DENTE PERMANENTE OBTURADO

3-DENTE PERMANENTE EXTRAÍDO

4-DENTE PERMANENTE C/ EXTRAÇÃO INDICADA

5-DENTE PERMANENTE HÍGIDO

6-DENTE DECÍDUO CARIADO

7-DENTE DECÍDUO OBTURADO

8-DENTE DEC. C/ EXTRAÇÃO INDICADA

9-DENTE DECÍDUO HÍGIDO

HIPOPLASIA
DO ESMALTEFLUOROSE
DENTÁRIANECESSIDADE
DE CUIDADO
IMEDIATO (DOR
OU INFECÇÃO)**DIREITO****ESQUERDO**

55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	34	36	37	38
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

85	84	83	82	81	71	72	73	74	75
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

ANEXO D – Documento do Comitê de Ética

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 15/12 Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Patricia Abrantes Duval
Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL